UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 49

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DU SYNDROME ANOREXIE MENTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juin 1914

PAR

Jean BEAUMELOU

Né à Millau (Aveyron), le 7 juillet 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VIRES, professeur, *Président.*
DUCAMP, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DU SYNDROME ANOREXIE MENTALE.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 49

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DU SYNDROME ANOREXIE MENTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juin 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Jean BEAUMELOU

Né à Millau (Aveyron), le 7 juillet 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VIRES, professeur, *Président*
DUCAMP, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. VIRES, professeur, *président*.	MM. LEENHARDT, *agrégé*.
DUCAMP, professeur.	EUZIERE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MA SŒUR THÉRÈSE ET A MON BEAU FRÈRE ÉMILE

Témoignage de ma sincère affection.

A MES AMIS

J. BEAUMELOU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

J. BEAUMELOU.

AVANT-PROPOS

Les premiers mots de ce modeste travail doivent, conformément à un devoir qu'il nous est très agréable de remplir, être l'expression de nos remerciements et l'hommage de notre reconnaissance à nos Parents, à nos Maîtres et à nos amis, à tous ceux dont l'indulgente affection, le dévouement, la bonne volonté ou la parfaite camaraderie nous ont soutenu et conseillé pendant notre vie d'étudiant.

C'est à l'égard de nos chers parents que nous avons contracté la plus grande dette de reconnaissance. C'est à eux surtout que nous devons d'être ce que nous sommes, à notre pauvre père, arraché, vers la fin de nos études et dans la joie d'un succès, par une mort brutale, à l'affection de toute sa famille. Au cours de sa vie de labeur, il nous a donné l'exemple de l'honnêteté et du travail. C'est avec un doux sentiment de fierté que nous nous rappelons les nombreuses marques d'estime et de considération dont il était l'objet de la part de ses concitoyens faisant appel à sa compétence en matière de commerce et d'agriculture. Que notre vie soit digne des nobles exemples que nous a donnés celui dont nous sommes heureux de porter le nom. Et ainsi seront un peu atténués nos vifs regrets de n'avoir pu, trop tôt séparés, donner à ce cher père, par des succès dignes

de l'appui matériel et des sacrifices que nos longues années d'études lui ont imposés, le témoignage bien faible de reconnaissance et de profonde affection que nous adressons à sa mémoire. A notre chère mère, qui par son indulgente affection a été toujours pour nous une véritable amie, nous devons être reconnaissant pour ses encouragements, ses bons conseils, les témoignages qu'elle ne cesse de nous donner de sa grande bonté. Nous n'oublierons jamais son abnégation, son dévouement et son affection pour notre père, et dans notre jeune foyer nous nous efforcerons de suivre son exemple. A notre jeune sœur Thérèse, à notre beau-frère Emile, nous adressons l'expression de nos sentiments affectueux que nous ne cesserons de leur prouver.

Avant de franchir le seuil de cette Faculté, nous tenons à témoigner notre gratitude à tous les maîtres dont nous avons suivi les leçons.

Nous distinguerons M. le professeur Vires. La clarté et la merveilleuse richesse de son enseignement, sa bienveillance acquise à tous ses élèves nous ont fait suivre de bonne heure, et avec le plus vif intérêt, d'abord les visites de ce clinicien instruit et convaincu, dans son service des vieillards à l'Hôpital Général, et ensuite les cours de l'éminent professeur de thérapeutique clinique. Nous nous efforcerons, dans le cours de notre carrière, de mériter le titre qui nous honore d'élève de ce maître et de prouver à notre professeur de thérapeutique qu'il est digne d'être l'artisan du labeur qui est, disait-il lui-même dans sa leçon d'ouverture, « le plus noble et le plus haut, puisqu'il me donne la fierté de détenir une part de l'orientation de vos intelligences et de vos études, puisqu'il me permet de vous communiquer la foi ardente qui m'anime dans les conquêtes futures de l'art de soulager et de guérir ». Elève de Montpellier, c'est au professeur Vires que nous devons de

mieux connaître notre vieille Ecole; il nous en a appris la méthode de l'analyse clinique, « ce merveilleux instrument de progrès », et c'est lui qui, avec le professeur Grasset, nous a montré la doctrine vitaliste de Montpellier, toujours en harmonie avec les progrès de la Médecine moderne.

Nous tenons à remercier particulièrement M. le professeur Ducamp de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire de siéger au jury de notre thèse. Nous avions connu le professeur de pathologie interne et apprécié ses cours, leur éloquente et originale précision; nous avons eu la bonne fortune de le connaître comme chef de service aux manœuvres d'armée de 1913; il voulut bien être pour nous un ami.

Notre vive gratitude ira aussi à M. le professeur agrégé Euzière, qui a bien voulu s'intéresser à notre travail et nous donner de précieux documents. A M. le professeur agrégé Leenhardt; son amabilité a fait naître en nous une sincère reconnaissance.

Nous remercions enfin M. le docteur Gaujoux, ancien chef de clinique du service des maladies des enfants, qui sut durant nos études nous témoigner sa constante sympathie et nous fit l'honneur de nous confier le traitement psychique de sa jeune cliente, qui fait l'objet de notre observation personnelle.

A nos amis nous ne ferons pas de longs discours pour leur témoigner nos sentiments. Ils nous connaissent assez pour savoir que ni le temps, ni l'éloignement ne sauraient nous les faire oublier.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DU SYNDROME ANOREXIE MENTALE

INTRODUCTION

Nous consacrons notre thèse inaugurale à une modeste contribution à l'étude clinique et thérapeutique du syndrome « anorexie mentale ». Nous avons pu, durant notre service militaire, en observer un cas chez la fillette d'un sous-officier. Le docteur Gaujoux, ancien chef de clinique, a eu l'amabilité de nous admettre à collaborer au traitement de sa jeune cliente. Les études et les recherches que l'observation à peu près quotidienne de cette jeune malade nous a engagé à faire, les réflexions que l'évolution de ce cas nous a suggérées et les heureux résultats du traitement psychique et en cure libre, tels seront les points essentiels de notre travail.

HISTORIQUE ET DEFINITION

Le nom d'anorexie mentale (dérivé de α privatif et ορεξίς appétit) signifie manque d'appétit. Sous ce terme, nous comprendrons tous les cas d'anorexie, qui ne sont liés à aucune affection organique et qui ne sont que la conséquence d'un trouble psychique. Ainsi envisagée, l'anorexie mentale est un syndrome dans lequel on peut faire entrer les anorexies dites nerveuses, hystériques, etc., et ce syndrome, nous pourrons, nous rappelant la définition que le professeur Déjerine donne des psychonévroses, « ensemble des troubles et des symptômes persistants accusés par les névropathes et se créant chez ces malades en dehors de toute lésion somatique antécédente », le caractériser de psychonévrose. Et la plupart des auteurs admettant l'influence de la puberté, nous compléterons cette définition en disant que *c'est une psychonévrose pubérale.*

Au cours de nos recherches dans les nombreux ouvrages publiés sur la question, nous avons remarqué avec Noguès et Raimbault, auteurs des deux plus récentes thèses sur l'anorexie mentale, combien les opinions ont différé sur l'appellation à donner à cette maladie.

C'est d'abord l'anorexie hystérique, maladie de Lasègue-Gull (1873), puis, en 1887, Charcot déclare ne pas trouver chez l'anorexique les stigmates de l'hystérie, et dès

lors on se contente de la dénomination plus large d'anorexie nerveuse; déjà, en 1883, Huchard, en demandant d'opposer à cette maladie psychique un traitement psychique, applique le premier la dénomination heureuse d'anorexie mentale, et de même Deniau, qui distingue l'anorexie gastrique et l'anorexie mentale. En 1891, Sollier, abandonnant la dénomination un peu barbare de sitiergie (σίτος, aliment, εργαι, je repousse) hystérique, propose de nouveau le terme d'anorexie mentale.

Au cours d'une discussion, au Congrès de Bordeaux, 1895, Régis, voulant faire ressortir l'influence qu'il attribue à la puberté dans la pathogénie de l'anorexie nerveuse, propose l'appellation d'anorexie cachectique de la nubilité. En 1907, Gilbert Ballet voit, dans l'anorexie, une perturbation psycho-sensorielle ayant son origine dans un trouble d'une sensation profonde; la cénesthésie, qui, dans le cas particulier, est constitué par la faim, il l'appelle « anorexie dyscénesthésique ».

En 1908, Comby, dans un mémoire important (Arch. de méd. des enfants), note que cette maladie se développe sur un terrain propre, le tempérament héréditaire, la faiblesse de constitution. Mais tout cela, dit-il, après Charcot, ne fait pas l'hystérie. Et enfin, la nouvelle interprétation de l'hystérie comme maladie mentale, alors que l'on trouve dans toute manifestation hystérique une origine psychique, fait que le terme d'anorexie nerveuse est devenu vague, incomplet et partant insuffisant. On s'arrête de nouveau au terme d'anorexie mentale qui semble prévaloir maintenant.

Si nous voulions faire un historique complet de la questions, nous signalerions les études et les observations du docteur Paul Dubois de Saujon (1896), de P. Janet et Raymond, du professeur Dubois de Berne (1904), Taylor,

Moura, même année, Buvat, Nobécourt, en 1909, André-Thomas Bérillon, Hutinel, Gilbert Ballet en 1910, Tarrius, Legendre, Sollier, Buffet-Delmas, Déjerine et Gauchler. Mais nous n'insisterons pas; cet historique a été parfaitement exposé par Noguès dans sa toute récente thèse.

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

Les anorexies, notre historique rapide en donne même une faible idée, ont été étudiées par de nombreux auteurs, et tout récemment deux thèses ont été publiées, celle de Noguès, « Anorexie mentale, ses rapports avec la psychologie de la faim »; et celle de Raimbault, « Le syndrome anorexie mentale, étude séméiologique et pronostique ». Ces deux auteurs publient et commentent de nombreuses et très intéressantes observations. Si la première thèse nous donne un historique très documenté, la seconde nous donne une excellente description des différents types cliniques.

Nous avons voulu tout simplement apporter à cette étude notre modeste contribution, en publiant notre unique observation personnelle; et à ce sujet il nous a paru très intéressant d'étudier l'étiologie, la pathogénie de l'anorexie mentale. Nous avons d'abord étudié la faim, que nous distinguons de l'appétit, sa physiologie et sa pathologie, et nous avons essayé de mieux préciser nos connaissances étiologiques en résumant les classifications proposées par différents auteurs. Une rapide étude symptomatologique du syndrome anorexie mentale, au cours de laquelle nous publions notre observation, nous permet d'ajouter aux éléments pathogéniques et étiologiques des no-

tions symptomatiques et de terminer notre analyse clinique de cette intéressante affection.

Nous dirons un mot du pronostic, des complications. Nous préciserons le diagnostic et enfin les notions acquises nous permettent de poser les indications pathogéniques, étiologiques et symptomatiques, et nous sommes ainsi amené à étudier le traitement.

Nous voyons de nombreux auteurs parmi les plus compétents, partisans de l'isolement; les cas qu'ils observent et commentent ont été en majeure partie traités dans des maisons de santé. Nous exposerons les réflexions que nous a suggérées le cas dont nous avons pu suivre l'évolution complète et la terminaison heureuse dans la famille, et sous l'influence du seul traitement psychique. Nous nous efforcerons d'expliquer la possibilité de ce traitement, de préciser ce que doit être et la malade et le milieu familial et les qualités que doit posséder le médecin pour mener à bien ce traitement en cure libre.

PATHOGÉNIE

Nous l'avons vu en précisant la définition de l'anorexie mentale, les auteurs en ont fait tout d'abord une manifestation hystérique pure et simple.

Depuis, bien des hypothèses ont pu être édifiées à la suite de nombreuses observations relevées et des traitements spéciaux mis en vigueur. Et ainsi les théories pathogéniques ne manquent pas. Pour Carryophilus : perversion de la volition ; pour Sollier : vice du développement général revêtant seulement à un moment donné l'aspect d'une affection gastrique qui en masque la véritable nature ; pour Régis, l'anorexie est liée à un trouble d'origine gastrique, conséquence de la phase de développement qu'est la puberté. Après eux, Janny-Roux reconnaît à l'anorexie mentale une double pathogénie : infection par l'alimentation d'une part, et de l'autre altération des voies digestives qui provoque la suppression de la sensation de faim par le même mécanisme que l'ingestion des substances inertes, c'est-à-dire par un phénomène d'inhibition. C'est aussi Janny-Roux qui explique la suppression de la sensation de faim par une idée fixe.

Kamal, à la suite du professeur Weil, émet l'hypothèse d'une insuffisance ovarienne ; Tarrieu, admettant, semble-t-il, cette hypothèse, a usé d'opothérapie thyroïdienne et

a obtenu une guérison extrêmement rapide (observation VII, thèse Noguès).

Schyder, après Régis, donne une grande influence à la puberté; mais à côté des causes physiologiques il fait jouer un grand rôle aux causes psychiques.

Nous avons voulu résumer tout d'abord les théories pathogéniques les plus importantes pour passer ensuite à l'étude des éléments étiologiques très intéressants de ce syndrome.

ETIOLOGIE

Ainsi que le fait observer, le professeur Déjerine dans son Traité des psychonévroses, « les fonctions les plus atteintes sont celles où interviennent au maximum les phénomènes du psychisme, et la fonction digestive paraît être celle sur laquelle se localisent au maximum les manifestations fonctionnelles, tous les actes successifs de la digestion sont en quelque sorte déclanchés par un phénomène antécédent à point de départ vraisemblablement périphérique, mais s'accompagnant de représentations mentales plus ou moins vives, à savoir la faim ou l'appétit. Le rôle du psychisme dans la fonction digestive est donc bien prépondérant, et cela explique la fréquence de l'anorexie mentale.

Poursuivons l'étude de la faim. D'après le professeur Dejérine, le mot faim exprime le besoin, en quelque sorte organique, d'alimentation. Le mot appétit exprime plutôt l'idée psychique de l'alimentation. Et le professeur Vires (Traité des maladies de l'estomac) dit: « La faim n'est » pas l'appétit. L'appétit est une sensation complexe, un » phénomène d'ordre plutôt psychique, la faim d'ordre » organique. La faim s'accompagne d'une sensation impé- » rieuse toujours, et toujours de plus en plus désagréable. » Elle devient plutôt une réelle souffrance, pourtant elle

» disparaît ou peut disparaître (Hédon) par suite de l'ina-
» nition prolongée. L'appétit, au contraire, s'accompagne
» d'une certaine langueur avec fatigue générale, mais sur-
» tout d'une impression agréable faite de souvenirs anté-
» rieurs, odorants, visuels, gustatifs ».

Les notions que nous procure cette distinction entre la faim et l'appétit nous les retrouverons au cours de l'*étude clinique* de l'anorexie; nous verrons l'appétit, « ce phénomène psychique », annulé le premier, la faim disparaître complètement et l'inanition se produire si l'on n'intervient pas.

De plus, le professeur Vires ajoute: « Paulow et ses » élèves ont montré que la sécrétion gastrique précède » l'arrivée des aliments dans l'estomac. C'est pour eux un » réflexe actionné par des souvenirs antérieurs sensoriels, » sensitifs et psychiques; ce sont des sécrétions psychi- » ques, des sécrétions d'appétit. Ces sécrétions sont d'im- » portance capitale pour les digestions ultérieures, véri- » tables *sucs d'amorces* qui mettent en train le travail » gastrique si compliqué ». C'est là une notion importante, puisqu'elle doit expliquer, dans cette manifestion fonctionnelle qu'est l'anorexie mentale, l'un de ses grands symptômes: la dyspepsie.

Il est une étude intéressante, en ce sens qu'elle nous amène à préciser les éléments étiologiques, c'est celle des classifications proposées par les auteurs. Tout d'abord le professeur Vires, au cours d'une étude clinique de l'anorexie, nous donne une véritable classification générale des anorexies en distinguant aux éléments étiologiques facteurs d'anorexie multiples au point de vue clinique, trois chefs:

A. *Les uns sont d'ordre général* et n'atteignent l'estomac qu'à travers l'organisme:

1° *Traumas psychiques,* perturbations morales vives, grands chagrins entraînant la perte de l'appétit;

2° *Infections aiguës,* pyrexies: dothiénentérie, typhus exanthématique, infection à pneumocoques, à colibacilles, font perdre l'appétit au début et pendant la durée de l'infection;

3° *Infections chroniques,* bacillose, syphilis: retentissement sur l'estomac de façon variable;

4° *Intoxications:* tabagisme, alcoolisme, etc.;

5° *Dyscrasie:* diathèses, seule la chlorose a une action amoindrissante sur l'appétit;

6° *Autointoxications* par fermentations gastriques, par insuffisance rénale hépatique l'urémie diminue l'appétit.

B. *Les autres, locaux et traducteurs d'un syndrome gastrique:*

Appétit diminué dans lésions organiques, lésions momentanées et curables, gastrite toxique aiguë, gastrite par ingestion d'alcool ou de tabac, embarras gastrique par autointoxication et fermentation gastrique viciée, lésions chroniques et parfois définitives et incurables: ulcérations chroniques de l'estomac, ulcus et ulcus cancérisé, lésions toujours incurables (cancer).

C. *Les troisièmes, d'ordre purement névrosique:*

1° Anorexie mentale chez:
— hystériques (Lasègue);
— neurasthéniques;
— lypermaniaque;
Parfois liée à un désordre somatique local ou général, peut d'autre part relever de perversions sensorielles, sensitives ou mentales sans fondement organiques.

2° Anorexie mentale, symptôme prodromique d'une lésion cérébrale chez les vieillards: méningite bacillaire, tuberculose chez les enfants.

Et voilà bien séparées, placées aux deux extrémités de cette classification étiologique, ces deux anorexies, *mentale et hystérique*, que nous avons montrées si souvent confondues par les auteurs. Et ce sont là deux variétés: 1° anorexie hystérique; 2° anorexie mentale, qui nous paraissent d'un diagnostic différentiel délicat. Cependant, dit Raimbault, l'anorexie mentale se meut dans un cadre spécial, a des allures qui lui sont propres; ce serait la forme la plus curable.

L'anorexie mentale, si ses limites, dit encore Raimbault, sont suffisamment nettes en entendant sous ce terme les cas compris entre l'anorexie hystérique et la sitiophobie des aliénés, englobe par contre des types très différents les uns des autres. Lasègue disait de l'hystérie: « C'est un panier où l'on jette les papiers que l'on ne sait où classer ». Il semble que cette phrase pourrait aussi bien s'appliquer à l'anorexie mentale.

Il est une autre classification, celle de Sollier, qui, se

plaçant surtout au point de vue étiologique, distingue trois grandes catégories de psychopathies gastriques:

1° *Par idée fixe:* obsession d'une maladie de l'estomac, dessein de se rendre malade, de mourir, ennui de la vie, obsession de la maigreur;

2° *Par phobie:* peur d'engraisser, peur de s'étouffer en avalant, peur de congestion pendant la digestion, peur de douleurs stomacales ou intestinales, peur d'indigestion, peur de ralentir l'activité physique ou intellectuelle;

3° *Par inhibition:* de causes physiques, irrégularités ou arrêts accidentels de la fonction digestive, insuffisance de l'alimentation (régimes réduits), arrêt d'évolution de l'adolescence.

De causes morales: émotions contenues ou répétées, passions contenues.

Raimbault fait remarquer que les deux premières catégories, anorexie par idée fixe et anorexie par phobie, n'en font qu'une et répondent à ce que l'on a appelé anorexie psychasthénique. Et d'autre part la troisième catégorie, anorexie par inhibition, renferme des cas disparates, par exemple l'anorexie par inhibition de cause morale et les anorexies par arrêt d'évolution de l'adolescence sont très différentes. Autant, dit Raimbault, les premières sont le plus souvent bénignes au point de vue mental, autant les anorexies par arrêt d'évolution de l'adolescence dénotent une tare mentale grave qui rappelle si souvent l'hébéphrénie.

Enfin, nous citerons une dernière classification, qui nous rappelle un peu celle du professeur Vires: c'est celle de Dejérine et Gauckler. Ils adoptent la division en anorexie mentale primitive et anorexie mentale secondaire.

Dans la première, primitivement et souvent volontairement, l'alimentation, pour des causes variées, se trouve être réduite. Elle comporte deux ordres de faits : tantôt l'inappétence est d'origine émotive, tantôt la restriction alimentaire est au début purement volontaire.

L'anorexie mentale secondaire est celle où la restriction alimentaire « se fait en vue d'obvier à des troubles digestifs antécédents ».

Sans pousser plus à fond cette étude, nous préciserons les notions étiologiques ainsi acquises et nous les compléterons en en esquissant un tableau d'ensemble. Nous distinguerons :

1° *Des causes prédisposantes.* — L'élément psychique qui domine l'étiologie de l'anorexie mentale peut se développer quelquefois à la faveur d'une hérédité mentale hystérique ou gastrique. Mais il ne faut pas accorder une place trop importante au rôle tout à fait inconstant, du reste, que joue l'hérédité dans l'étiologie de l'anorexie mentale. Bon nombre d'anorexiques n'ont aucune tare névropathique dans leurs antécédents. Bien plus importante nous paraît être l'influence de la puberté sur le développement de l'anorexie (Gilbert Ballet). L'état d'infériorité physique, d'atonie générale, dans lequel se trouve l'adolescent au moment de sa transformation sexuelle, semble constituer un terrain de choix pour l'anorexie mentale. Et, en lisant la plupart des observations publiées par Noguès, il faut bien convenir que, sous la raison que donne la malade pour ne pas manger (idée fixe, obsession ou phobie, c'est presque toujours un des phénomènes de leur transformation qui a dû la leur déterminer.

2° *Causes déterminantes. Sexe.*— L'anorexie mentale est plutôt une affection du sexe féminin (Buffet-Delmas). Elle s'observe quelquefois chez le nourrisson et assez rarement

chez l'adulte. Elle apparaît, nous l'avons signalé, le plus souvent, à l'âge de la puberté et de la jeunesse sexuelle, de 15 à 21 ans.

Début brusque ou insidieux: une malade de Lasègue supprime l'alimentation parce qu'elle éprouve des malaises et en croit les aliments responsables.

Dans l'observation rapportée par Féré et Girau, une jeune fille de 20 ans ne présentant pas de stigmates d'hystérie, désirant maigrir, provoque des vomissements quotidiens aussitôt après ses repas: après quatorze mois, l'anorexie s'établit.

Pour le professeur Hutinel, les causes peuvent être de divers ordres: des douleurs d'estomac que le malade croit éviter en se privant d'aliments, plus souvent des causes d'ordre moral: déboires, chagrins d'amours, peines de cœur. Enfin la coquetterie, qu'invoque également le docteur Bérillon, réduction de l'alimentation pour éviter d'engraisser, d'avoir une taille ne dépassant pas un nombre déterminé de centimètres. Le docteur Bérillon invoque aussi l'avarice.

Mais Buffet-Delmas, à l'occasion de son observation d'anorexie mentale chez un nourrisson, signale un début brusque et sans causes apparentes: le matin, l'enfant avait pris convenablement ce qu'on lui avait préparé; dans l'après-midi, il refuse obstinément d'avaler. Il n'a pas été brûlé par ses aliments, n'a eu aucun trouble antérieurement pendant la déglutition, il ne s'est pas mordu.

Le début n'a pas coïncidé non plus avec une crise de gastro-entérite.

La coquetterie, l'avarice, les peines de cœur n'ont rien à voir chez un enfant de 22 mois ,et, il n'a rien été fait devant lui, aucune réflexion susceptible de provoquer le refus des aliments.

ETUDE CLINIQUE

Etude symptomatologique du syndrome anorexie mentale

Donnons d'abord une description générale, celle qui se rapproche le plus de notre observation, celle à laquelle convient le terme d'anorexie pubérale : une des plus banales et des plus constantes comme ensemble symptomatique. C'est aussi la plus communément décrite par les auteurs, et c'est celle qui semble avoir servi de modèle à la magistrale description de Lasègue.

Donc, voici comment les choses se passent généralement : Début insidieux, modification de caractère, qui est plus irritable et plus morose. La jeune malade recherche la solitude, elle a moins d'entrain, même pour le plaisir, elle se désintéresse à peu près de tout ce qui l'entoure et même l'affectivité diminue à l'égard des êtres les plus chers. Parfois les digestions se sentent et deviennent pénibles, les repas provoquent une douleur au creux épigastrique, et de ce fait l'appétit diminue insensiblement, mais souvent on ne trouve pas de cause à cette inappétence.

L'amaigrissement commence, la dyspepsie est fréquente, nous la considérons et nous nous sommes demandé si elle ne serait pas le plus souvent la conséquence de l'atténua-

tion et de la disparition bientôt complète de ce que, avec le professeur Vires, nous avons appelé « les sécrétions psychiques véritables, sucs d'amorces ».

Le refus de s'alimenter devient de plus en plus ferme et devient le phénomène capital. La volonté s'exerce dans un champ de plus en plus restreint, l'activité diminue, ou au contraire elle s'exagère. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'attention des parents est attirée par l'amaigrissement ou des modifications de caractère et par le refus toujours s'accentuant de s'alimenter. La situation va bientôt s'accentuant; on se décide à consulter un médecin qui ne découvre rien de spécial : les organes sont sains, mais le teint est pâle, c'est peut-être de l'anémie! Il prescrit le fer ou l'arsenic; le remède est sans effet. Pas plus de succès; les poudres et cachets contre la dyspepsie, les lavements ou laxatifs contre la constipation opiniâtre, les gouttes pour stimuler l'appétit que l'on donne à la fillette, qui continue à se plaindre ou simplement à ne pas manger. L'appétit continue à diminuer et l'amaigrissement s'accentue. Les parents ne savent quoi inventer pour stimuler l'appétit; et pour vaincre la tristesse, un jour on prend l'enfant par la douceur, par de sages exhortations; le lendemain on se fâche et on violente. Rien n'y fait; plus on supplie, moins on obtient. La situation s'aggrave; l'amaigrissement est de plus en plus frappant, les joues se creusent, la peau se dessèche, la fatigue survient vite, la malade devient taciturne, et puis, fait important que l'on note dans la plupart des observations, — dans la nôtre il y a dédoublement des périodes, — les règles sont d'abord moins abondantes, plus tard elles ne viennent plus.

Si le diagnostic d'anorexie n'est pas fait à temps et le traitement indiqué aussitôt appliqué, l'amaigrissement ne

tarde pas à atteindre des proportions considérables. Avec l'inanition, apparaissent de nouveaux symptômes bien étudiés par Mathieu et Roux: langue saburrale, urine diminuée et épaissie contenant peu d'urée et de chlorures. L'examen du sang ne dénote pas l'anémie; pas de diminution de la richesse du sang en globules rouges et en hémoglobine (Mathieu et Roux), foie petit, estomac dilaté, sécrétion chlorhydrique diminuée. Les extrémités sont froides, cyanosées, la peau est sèche et écailleuse, le pouls petit s'accélère au moindre effort, l'émaciation est extrême. A cette période, la situation est menaçante; sans compter que la malade, en état de moindre résistance, est exposée à de nombreuses complications, dont la plus grave est la tuberculose, et à la merci de la moindre infection. Pour nous résumer: les principales manifestations de ce syndrome sont l'anorexie, la diminution, puis le refus des aliments, des troubles dyspeptiques variés, avec ou sans vomissements, de la constipation, l'amaigrissement extrême, la terminaison par l'inanition ou la tuberculose. Et tout cela chez un sujet jeune, indemne de toute lésion organique, mais éprouvé dans sa mentalité.

Nous distinguerons donc, avec la plupart des auteurs, à l'anorexie mentale, trois périodes:

1° La période de début;

2° La période d'état;

3° La période terminale.

Nous signalerons la lenteur de cette évolution, la fréquente insidiosité du début.

La première période, c'est la « période gastrique » de Janet, parce que le plus souvent on croit avoir affaire à une dyspepsie que l'on essaie de guérir comme telle par des régimes.

La période d'état, c'est, pour Janet, « la période de

lutte », lutte surtout très accusée entre la malade et la famille. Celle-ci n'a à son service que deux moyens qu'elle épuise toujours: prier ou menacer. Plus la sollicitude s'accroît, plus l'appétit diminue. « L'excès d'insistance appelle l'excès de résistance. »

Nous avons dit les signes fonctionnels et physiques de la période terminale.

Durée. — La durée de l'anorexie mentale est assez variable; elle peut persister des mois et des années.

Fréquence. — Au sujet de la fréquence, on lit dans Déjerine: « Ebauchée ou constituée, l'anorexie mentale est quelque chose de tout à fait fréquent..., c'est une affection que le médecin n'a pas le droit de méconnaître. Qu'il prenne des anorexiques constitués pour des malades organiques et qu'il les traite par la thérapeutique médicamenteuse, ou qu'il laisse s'installer une anorexie non encore développée, il est également fautif, car le traitement des anorexiques donne les plus beaux succès thérapeutiques, et la méconnaissance d'une telle affection mène plus ou moins directement, plus ou moins hâtivement à la mort ».

Ces derniers mots disent bien la valeur de la thérapeutique de l'anorexie mentale, les conditions du pronostic et l'importance d'un diagnostic précoce.

Avant d'étudier les éléments de ce pronostic et de ce diagnostic, résumons notre observation pour la rapprocher de la description générale que l'étude clinique nous a permis de faire de ce syndrome.

OBSERVATION

Anorexie mentale chez une fillette de 14 ans
(Observation personnelle sous la direction du Dr Gaujoux)

Mlle D..., actuellement âgée de 15 ans, est d'un tempérament arthritique et nerveux. On relève dans ses antécédents héréditaires de l'arthritisme et un peu de nervosisme du côté maternel.

Dans ses antécédents personnels, dès la première enfance, alimentation non réglée, bronchites légères mais fréquentes, dyspepsie gastro-intestinale, constipation opiniâtre, quelques symptômes de rachitisme: déformation assez marquée de la partie supérieure et antérieure de la cage thoracique. Jusqu'à 10 ans: eczéma du cuir chevelu, blépharo-conjonctivite, etc. En somme, santé délicate dont se préoccupe continuellement la famille. L'enfant gâtée s'habitue à ce que l'on s'intéresse à elle.

A 11 ans, apparition des règles; modification insensible du caractère. La fillette, de plus en plus irritable, se préoccupe d'une façon exagérée de ses études au lycée. Son activité s'accroît, elle dort peu, se lève matin; insidieusement l'appétit diminue. Ses règles apparaissent bientôt deux fois par mois et de plus en plus abondantes; les forces diminuent, la fillette se plaint de ses jambes, les

extrémités sont souvent cyanosées et glacées. Toujours très constipée, elle fait un peu d'entéro-colite douloureuse. L'amaigrissement devient notable, la famille s'inquiète de cette fatigue générale, des modifications de plus en plus sensibles du caractère (irritabilité, surexcitation, insomnie).

Lorsque le professeur Grasset voit la malade, elle est très grande, assez amaigrie, ne tousse pas, mais sa déformation thoracique fait penser à une anémie suspecte. Le professeur Grasset ordonne un traitement tonique et la chaise-longue.

Le docteur Gaujoux, chargé du traitement, essaie en vain de lutter contre l'anémie, de stimuler l'appétit, et il pense alors à une anorexie mentale.

Le début en a été insidieux et paraît bien avoir coïncidé avec les premiers mois de la puberté. Nous sommes en décembre 1912; cette enfant de 13 ans a une taille de 1 m. 65 et pèse 54 kil. 600. Au mois de mars 1913, la taille est stationnaire, mais le poids est inférieur de 5 kil. 100; depuis 3 mois, la ration alimentaire de la malade est absolument insignifiante, l'appétit paraît être aboli, la malade n'a de préférence pour aucun aliment; les prières et les supplications de la famille ne font qu'irriter la malade.

A la fin mars 1913, on menace la fillette de l'isoler complètement de sa famille si dans un délai de 15 jours on ne constate une augmentation sensible de poids. Le docteur Gaujoux nous confie la surveillance sévère de la malade, de son alimentation qualitative et quantitative, de son traitement psychique; la malade « veut » accepter de manger et péniblement absorbe en totalité les aliments pour lesquels elle n'a absolument aucun goût.

Fin mai 1913: poids, 51 kil. 500; donc, en 2 mois, un

gain de 1 kil. 700. Même taille qu'au mois de mars. 5 juillet 1913 : poids, 52 kil. 250 ; gain en 40 jours, 2 kil. 50.

Séjour à la campagne ; la faiblesse des jambes diminue, la déformation thoracique est moins apparente, la malade paraît retrouver de l'appétit pour certains aliments.

Après trois mois, c'est-à-dire fin septembre, nous constatons un gain de 4 kil. 500. Des séances de gymnastique, des promenades augmentent l'énergie de la malade, l'état général est satisfaisant, la déformation thoracique s'atténue très sensiblement.

En novembre, la malade pèse 58 kil. 900.

Nous avons pu revoir notre malade, qui actuellement s'alimente, accuse de l'appétit et par suite son état général est très satisfaisant ; son psychisme est encore à surveiller. Quoique très amélioré, il n'est encore pas en harmonie avec les heureux résultats donnés du côté état général par l'alimentation, redevenue à peu près normale, et ce sous la seule influence de la psychothérapie en cure libre.

PRONOSTIC

Le pronostic diffère suivant la période de la maladie à laquelle le médecin est appelé à se prononcer. L'anorexie mentale, au début, est d'un pronostic bénin, mais réservé. Optimiste, Bauer déclare qu' « il est tout à fait exceptionnel que le réveil de l'appétit se produise trop tard pour que la guérison puisse être obtenue ». C'est l'opinion de Lasègue et d'autres auteurs. Hutinel dit : le pronostic de l'anorexie mentale en tant qu'anorexie n'est pas grave. Elle finit par guérir; ce qui le rend sérieux, c'est l'état d'inanition qui, lorsqu'il dure, expose l'organisme, soit au bacille de Koch ou à des infections intestinales diverses.

Donc, l'anorexie mentale constituée est d'un pronostic grave.

Les rechutes sont fréquentes, fatales, d'après Dejérine.

L'augmentation progressive de poids et la réapparition des règles chez les malades en traitement sont d'un bon pronostic. Tout au contraire, quand l'amaigrissement a dépassé la moitié du poids du corps, il est prudent de se prononcer en faveur d'un pronostic fatal.

Charcot, Raymond, Rosenthal, Bouveret, Sollier et d'autres ont signalé des cas de mort. Mais surtout avec un diagnostic précoce, Dejérine l'affirme, et tel est l'avis de la plupart des auteurs; la thérapeutique de l'anorexie est l'une des plus heureuses.

DIAGNOSTIC

Pour le professeur Dejérine, le diagnostic de l'anorexie mentale est extrêmement simple; il suffit d'y songer; il ne devient un peu compliqué que quand l'anorexie mentale s'est greffée sur un état organique vrai. Pour le docteur Sollier, tout au contraire, « le diagnostic est extrêmement délicat. »

Ce diagnostic doit se baser sur les symptômes suivants:

1° Une restriction de l'alimentation avec perte de la notion psychique de l'appétit;

2° L'absence de toute lésion viscérale;

3° L'aménorrhée.

Et enfin, sur l'âge de la malade, son aspect amaigri, son activité souvent exagérée, ou tout au contraire quelquefois son asthénie.

Le diagnostic ne se pose guère avec les affections organiques de l'estomac. La confusion est aisée avec l'atonie gastro-intestinale neurasthénique de Bouveret, la dyspepsie neuro-motrice de Germain Sée, la dyspepsie nerveuse de Leube; mais la plupart des dyspepsies nerveuses sont essentiellement liées à la neurasthénie. Or, les symptômes cardinaux de la neurasthénie, « céphalée, rachialgie, insomnie, etc. », font défaut dans l'anorexie mentale.

Le diagnostic de l'anorexie mentale avec l'anorexie hystérique primitive est beaucoup plus difficile. Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'anorexie hystérique secondaire qui est, grâce aux nombreux stigmates et autres accidents hystériques que présente le sujet, d'une grande facilité.

« Pour la forme primitive, au contraire, l'hésitation peut être très grande; le traitement et l'évolution tranchent la question. Néanmoins, d'une part les antécédents héréditaires névropathiques, plutôt que psychopathiques, d'autre part l'état mental du sujet, l'existence de quelques stigmates tels que des points hyperesthésiques au crâne, au râchis, aux ovaires, l'anesthésie du pharynx, l'abolition plus ou moins complète, l'anesthésie beaucoup plus marquée du creux épigastrique et de l'estomac, la brusquerie ordinaire du début, les retours inopinés d'appétit et d'alimentation, l'amaigrissement beaucoup moins rapide, la coïncidence fréquente des vomissements provoqués par un point hyperesthésique de l'estomac, les perversions et les caprices du goût, enfin l'état mental, manifestement hystérique, et les troubles du caractère vis-à-vis de l'entourage sont autant d'indices sur lesquels on peut s'appuyer pour établir l'anorexie hystérique primitive » (Sollier). Il faut encore différencier l'anorexie mentale vraie de l'anorexie sociale du professeur Dejérine, observée chez les sujets manquant littéralement de pain, ou presque, et finissant par réduire assez leur alimentation.

Eliminer, en outre, l'anorexie des individus atteints de psychoses caractérisées, qui ne « veulent » pas manger: hypocondriaques, mélancoliques, persécutés, scrupuleux et d'autres grands délirants qui ne mangent pas parce que leur délire est suffisamment intense pour inhiber — transitoirement — toutes les sensations périphériques.

L'absence de toute lésion organique écartera l'idée de chlorose, de diabète maigre, de tuberculose.

Un des symptômes de l'anorexie mentale qui sera le plus à considérer au point de vue diagnostic, c'est l'aménorrhée. Tant que la malade sera aménorrhéique, elle ne sera pas guérie et des rechutes sont à craindre (Gilbert Ballet).

TRAITEMENT

Nous voici au terme de notre analyse clinique; nous nous sommes efforcé de mettre en valeur les éléments d'ordre physiologique (étude de la faim, de sa physiologie et de sa pathologie), les éléments d'ordre pathologique, d'ordre étiologique; — et les considérations mêmes que nous ferons à l'occasion du traitement heureux de notre jeune malade dans sa famille, nous amèneront à poser les éléments tirés du milieu de la malade et de l'évolution de la maladie.

D'autre part, suivant le conseil du professeur Vires, « c'est toujours au malade que l'indication, comme l'élément, doit être rapportée; c'est par le malade qu'elle doit être vivifiée et fécondée. C'est au lit du malade que les indications sont hiérarchisées, placées dans le rang que leur assigne, pour le remplir immédiatement, leur importance actuelle. »

« Notre analyse clinique nous a fait partir de l'observation du malade, pour dégager les multiples sources d'indications thérapeutiques, et l'étude thérapeutique nous fait revenir à l'autre extrémité du cycle analytique, au malade, auquel il faut apporter sinon guérison, au moins soulagement ».

Essayons-donc de dresser, « dans la mesure où il est possible, en une œuvre synthétique, les indications d'agir, suivant leur ordre de prédominance, et, cette hiérarchisation réalisée, nous montrerons s'il y a lieu les contre-indications. »

De la valeur de la thérapeutique de l'anorexie mentale, Dejérine a dit: « C'est la thérapeutique qui donne les plus beaux résultats ».

Nous ne reviendrons pas sur les nombreuses théories pathologiques, nous conclurons légitimement, nous semble-t-il, de notre étude de la physiologie de la faim, de la pathogénie, de l'étiologie, de notre analyse clinique, de cet intéressant syndrome, que l'élément qui domine:

C'est bien l'*élément psychique.*

Donc nous conclurons, avec Huchard, qu'à cette malade psychique, il faut un traitement psychique, et cette indication que nous plaçons au sommet de notre hiérarchie, nous la remplirons par une médication à laquelle nous devons consacrer la majeure partie de cette étude: la psychothérapie.

« Le fond du traitement d'une anorexie mentale, le traitement rationnel et durable, est d'arriver à la faire *vouloir* manger, et pour ce « il faut ajouter à la persuasion et à la parole entraînante une douce contrainte morale » (Dubois.) »

Pour ramener ces malades à une alimentation normale, dit le professeur Dubois, de Berne, il ne faut au médecin que le don de la persuasion.

On lit dans Dejérine: « L'âge, la situation, le physique, même le timbre de la voix, peuvent donner à un médecin une autorité qui manque à un autre médecin et lui permette d'exercer une action psychothérapique assez différente de celle qui seule sera permise à celui-ci.

» Tout le talent en quelque sorte préalable du médecin doit consister à gagner la confiance de son malade. »

Ce même auteur est d'avis, avec Dubois, d'ajouter à la persuasion une douce contrainte morale. Chez certains, il faut tâcher, dit-il, de déterminer une émotion forte, un choc moral capable de les déclancher. Dans beaucoup de cas il faut aujouter l'intimidation, et beaucoup d'auteurs ne sont partisans de la sonde que pour « la montrer en faisant de gros yeux ».

La plupart des auteurs ont un autre moyen d'intimidation, c'est celle de l'isolement; mais presque tous sont d'avis de ne pas s'attarder à en menacer les malades; il faut pour eux le réaliser, cet isolement, et sans retard. C'est pour la plupart une condition *sine qua non* d'une heureuse psychothérapie. André Thomas écrit dans la *Clinique* du 15 janvier 1909: « Il est un point capital qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que la famille n'a aucune autorité sur de tels sujets; elle la perd rapidement si jamais elle en a eu, nous dirons même que la famille a une influence mauvaise et qu'elle contribue inconsciemment à développer leur esprit de contradiction et leur irritabilité. C'est pourquoi l'isolement est nécessaire. L'isolement doit être absolu et fait en dehors de la famille. Behier, Brécy, Dutal et Daubry (in Charcot et Brissaud), Gilbert Ballet, Hutinel veulent l'isolement absolu, « claustral ». Sollier dit cependant: « L'isolement est la ressource suprême, mais malheureusement, et contrairement à ce qui se passe dans l'hystérie, il n'amène pas toujours la guérison, et il est quelquefois inutile ». Par contre, à nouveau, Dejérine déclare: « Nous n'hésitons pas à affirmer que le traitement de l'anorexie mentale est *impossible* dans le milieu familial, et que le tenter c'est courir à un échec certain dont la mort même du malade peut être

l'expression. L'isolement doit donc être toujours pratiqué et cet isolement sera claustral. Le désir d'en raccourcir la durée sera parfois suffisant pour que le malade consente rapidement à s'alimenter ». Le même auteur en appelle encore à l'énergie lorsqu'il dit: « La notion absolue c'est qu'il ne faut pas céder au malade ».

Noguès remarque que parmi toutes les observations dont il a eu connaissance, et elles sont assez nombreuses, une seule signale un cas de guérison (combien relative du reste et peu certaine) survenue dans le milieu familial (obs. VI, thèse Noguès).

Nous avons pu traiter assez rapidement notre malade par la psychothérapie, et sans l'éloigner de sa famille. Les conditions d'un tel succès sont multiples. Le professeur Dubois, de Berne, s'exprime ainsi: « Il est nécessaire que la malade comprenne le traitement; le médecin doit établir chez sa malade la conviction de guérison. Le succès dépend du don de persuasion du médecin ». Mais il faut agir aussi sur le milieu, et c'est le plus difficile, obtenir l'énergie qui ne cédera jamais à la malade et ne l'irritera pas. On s'assurera la collaboration des parents, on les persuadera sur tous les points du traitement pour pouvoir ensuite, avec leur aide, leur consentement, obtenir la confiance de la malade.

Pour jouer un tel rôle, il faut que l'action, le contrôle du médecin soit, comme dans la maison de santé, à peu près permanent.

Nous avons convaincu notre malade, elle « veut » manger. Pour quelques auteurs, il faut d'emblée rétablir le régime normal; il est certain que chez de grands inanitiés il faudra faire une réalimentation prudente, et le régime lacté, dans ces cas, peut être utile. Mais jamais il ne devra être poursuivi trop longtemps, il faut arriver au plus vite

possible à l'alimentation normale. Et dans le même but de suggestion, l'on rejettera tout remède, apéritifs, amers, le plus souvent inutiles. Il faut prouver à la malade que sa guérison ne dépend que de sa volonté de manger, de guérir.

L'hydrothérapie est un excellent adjuvant de la cure, elle est doublement indiquée par l'affaiblissement de l'état général et par les troubles nerveux fréquemment observés chez ces malades.

Il est une indication pathogénique intéressante. Et, à son propos, nous nous demanderons avec Noguès si l'on peut espérer obtenir un résultat plus rapide chez ces malades atteintes de psychonévrose *pubérale,* en adjoignant à la psychothérapie la médication opothérapique. L'observation du docteur Tarrius ne suffit pas à établir nettement l'efficacité du traitement, mais rien ne nous autorise à en nier la valeur.

Quelques auteurs (Charcot, Régis, Thomas) conseillent, de pair avec l'isolement et la psychothérapie, un traitement électrothérapique.

Certains grands symptômes indiquent une médication. La constipation très fréquente et souvent opiniâtre doit être traitée.

« Dans la convalescence, dit Régis, exercices, massage, gymnastique, distractions, préparations toniques, voyages, bains de mer ».

Enfin, il importe surtout de ne pas abandonner brusquement à elle-même l'anorexique. Si elle échappe à l'influence du médecin, qui vient de la guérir ou de l'améliorer, il faut que, dans sa famille, on continue, discrètement, sans gêne et sans heurt, non seulement à la surveiller au point de vue de son alimentation, mais encore au point de vue psychique.

CONCLUSIONS

1° L'anorexie mentale est un syndrome facteur d'états psychiques très divers.

2° Ce syndrome est constitué lorsque l'inhibition du phénomène psychique qui constitue l'appétit s'accompagne de l'inhibition du phénomène physique, qu'est la faim organique.

3° Il est constitué principalement par une diminution souvent considérable d'alimentation avec refus alimentaire accompagné d'amaigrissement, d'aménorrhée.

4° De l'étude des éléments pathogéniques, étiologiques et symptomatiques, de l'analyse clinique de ce syndrome découle la notion dominante : que c'est une maladie psychique, une psychonévrose.

5° A cette maladie psychique, il faut opposer surtout un traitement psychique.

6° Cette psychothérapie, chez certaines malades, dans certains milieux et sous la direction quotidienne d'un médecin, peut donner de bons résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons spécialement consulté les ouvrages suivants:

Thèse Noguès.
Thèse Raimbault.
Buffet-Delmas.
Vires. — Maladies de l'estomac, maladies du système nerveux.
B. Hutinel.
J. Roux.
André Thomas.
Comby.
Hallé, etc., etc.

Nous ne reproduisons pas les bibliographies très riches des thèses de Noguès et de Raimbault.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 11 juin 1914
Le Recteur,
Vice-Président du Conseil de l'Université.
L. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 juin 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !